

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1916-1917. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CHIRURGIE DE GUERRE

MUTILATIONS
PAR ÉCLATEMENT ACCIDENTEL DE DÉTONATEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mars 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph BRAU

Né le 26 avril 1891, à Trébons (Hautes-Pyrénées),

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire,

Médecin aide-major de 2^e classe au 225^e régiment d'Infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

Mars 1917

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CHIRURGIE DE GUERRE

MUTILATIONS

PAR ÉCLATEMENT ACCIDENTEL DE DÉTONATEURS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
X... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	X...
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MOURIQUAND	MM.
BARRAL	LATARJET	ARLOING (F.)	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	MM.	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMAR	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BERARD, *Président*; M. POLLOSSON, *Assesseur*;
MM. VALLAS, *Professeur*, et MARION, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1916-1917. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CHIRURGIE DE GUERRE

MUTILATIONS

PAR ÉCLATEMENT ACCIDENTEL DE DÉTONATEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mars 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

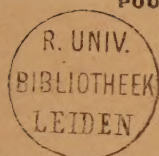
PAR

Joseph BRAU

Né le 26 avril 1891, à Trébons (Hautes-Pyrénées),

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire,

Médecin aide-major de 2^e classe au 225^e régiment d'Infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

Mars 1917

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
de la Faculté de Bordeaux,
de la Faculté de Lyon,
de l'Ecole du Service de Santé militaire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SPICK

Médecin-Major de 1^{re} classe,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous le remercions bien sincèrement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli.

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Pendant notre stage à l'ambulance chirurgicale de la...^e division, nous avons été frappé par les nombreux cas de mutilation par éclatement de détonateurs. Il nous a paru intéressant de grouper ces observations, car les lésions produites sont à peu près constamment les mêmes et, par conséquent, caractéristiques de l'accident.

Que M. le médecin-major de 1^{re} classe SPICK veuille bien accepter l'expression de notre profonde gratitude pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant notre séjour à l'ambulance et pour les conseils qu'il nous a donnés sur notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CHIRURGIE DE GUERRE

MUTILATIONS
PAR ÉCLATEMENT ACCIDENTEL DE DÉTONATEURS

INTRODUCTION

Avec la guerre actuelle, il arrive fréquemment que des troupes restent pendant longtemps dans un même secteur. Elles font généralement par périodes égales des séjours en première ligne et ensuite aux camps de repos. Ces derniers se trouvent la plupart du temps dans des bois, loin de villes ou villages habités; les distractions y sont rares.

Aussi, pour chasser l'ennui des longues heures de loisir, nos soldats se sont-ils mis à fabriquer des souvenirs de guerre avec des fragments de projectiles ennemis. Cette industrie s'est développée d'autant plus rapidement que la vente de ces objets permettait aux plus ingénieux d'avoir de l'argent pour améliorer leur « ordinaire ». C'est ainsi que les hommes ramassent dans les tranchées des fusées, des ceintures d'obus et d'autres éclats qu'ils transforment au repos en encriers, bagues, coupe-papier, bénitiers, etc.

Malheureusement, cette industrie n'est pas sans dangers. Il arrive parfois, en effet, que les projectiles que le « poilu » veut emporter ne sont pas éclatés et font explosion au moment où ils sont manipulés. De nombreux accidents se sont produits de cette façon. On s'en est ému à juste titre et il a été défendu de toucher à tous les projectiles qui paraissent abandonnés dans les tranchées.

La plupart des hommes, soit par crainte du danger, soit par crainte des sanctions, se sont abstenus.

Quelques-uns, moins prudents et moins disciplinés, mais plus avisés, ont continué à recueillir des fusées : seulement ils ont soin d'enlever avec mille précautions la capsule de fulminate qui est la partie la plus dangereuse de l'engin. Puis ils la jettent sur le parapet de la tranchée, au lieu de l'enfouir ou de la faire éclater.

A quelque temps de là, un homme, en passant, aperçoit le détonateur abandonné. Ne sachant pas au juste ce qu'est ce tube de cuivre, il le met dans sa poche : il ne voit là qu'un joli petit objet à transformer en souvenir et non point un engin explosif.

Arrivé au repos, le soldat vide la capsule qu'il croit emplie de terre et l'éclatement se produit aussitôt, déterminant des lésions caractéristiques que nous allons étudier avec le pronostic, le traitement et les conséquences.

DESCRIPTION DES LÉSIONS

En deux mois, nous avons fait neuf observations de blessures accidentelles par détonateur; dans les carnets médicaux de l'ambulance où nous étions, nous avons pu en relever dix-sept autres. D'après ces vingt-six cas, nous avons été amené à distinguer trois degrés de mutilation :

1° *Cas légers*, rares, puisque nous ne trouvons que 3 cas sur 26.

2° *Cas moyens*, ce sont les plus fréquents, 18 sur 26; on peut dire qu'ils constituent les cas typiques de l'accident.

3° *Cas graves*, assez rares, 5 cas sur 26; ils sont accompagnés de lésions oculaires généralement sérieuses.

Ces trois types ont des caractères communs et l'aspect général du mutilé est toujours le même.

En effet, nous pouvons dire que la blessure principale intéresse toujours la main gauche (25 fois sur 26) et plus particulièrement ses trois premiers doigts.

Les deux faces, dorsale et palmaire, de cette main

sont œdématiées, mais n'offrent rien de particulier : elles ne sont pas noircies par la déflagration et il n'y a généralement pas de blessures. Nous n'avons trouvé une plaie palmaire que cinq fois (obs. I, III, VIII, IX, XIV) et une fois seulement l'éclat était ressorti sur la face dorsale (obs. III).

Les doigts sont fortement œdématiés aussi, presque doublés de volume : ils sont « boudinés. » Les plaies, irrégulières, déchiquetées, ne présentent pas d'hémorragie, ou rarement ; elles ont beaucoup saigné au moment de l'accident, disent les blessés, mais à l'arrivée à l'ambulance, l'hémostase s'est faite spontanément.

Un caractère constant de ces lésions, c'est l'éversion des tissus : les lambeaux se replient toujours excentriquement et donnent souvent aux extrémités digitales atteintes, au pouce surtout, un aspect « tulpiforme » ou « corolliforme ».

Le deuxième signe commun, c'est que la main droite est presque toujours blessée ; mais ici la gravité des lésions diffère suivant les cas et sert même à les distinguer : nulles ou insignifiantes dans les cas légers, ces blessures sont superficielles dans les cas moyens et deviennent exactement semblables à celles de la main gauche dans les cas graves.

La face présente aussi constamment une multitude de petites plaies formant un piqueté quelquefois assez intense. Il peut arriver qu'il y ait des lésions oculaires : peu importantes dans les cas moyens (plaies des paupières, épanchement sous-conjonctival), elles deviennent un caractère distinctif des cas graves ; ici

en effet, nous les trouvons toujours sérieuses, puisqu'elles peuvent aller jusqu'à provoquer la perte d'un œil ou même la cécité complète (obs. XIX).

Il est assez rare de trouver des blessures sur les autres parties du corps. Cependant nous avons vu des plaies du thorax (obs. IV, XIV, XV), des bras (obs. XIV) et même des membres inférieurs (obs. XVI et XXV).

La différenciation entre les divers types de mutilation se fait surtout par les lésions osseuses.

Dans les cas légers, il n'en existe pas, ou bien elles sont très peu importantes (arrachement de la phalange du médius, obs. XXIII).

Dans les cas moyens, nous trouvons :

A. A la main gauche :

1° Un arrachement de la phalange unguéale du pouce dont l'extrémité supérieure est sectionnée ou désarticulée ; la phalange moyenne, si elle n'est pas complètement intacte, n'est pas compromise au point de vue fonctionnel ;

2° Un arrachement des deux dernières phalanges de l'index, il ne reste que la phalange proprement dite, qui est quelquefois fracturée ou même sectionnée à son extrémité distale ;

3° Un arrachement ou un broiement de la phalange et de la phalangette du médius ; dans le second cas, ces deux phalanges restent attachées par des lambeaux de tissu déchiqueté en flexion sur la phalange ;

4° L'annulaire et l'auriculaire ne présentent pas d'ordinaire de lésions osseuses, simplement des plaies superficielles.

Ces différentes plaies digitales offrent des caractères généraux que nous avons déjà vus ; irrégularité, doigts boudinés, éversion des tissus. On y retrouve souvent des petits éclats de détonateur et des esquilles mobilisées osseuses.

B. A la main droite :

Plaies le plus souvent superficielles, quelquefois pénétrantes tout de même, mais ne produisant pas d'arrachement ni de fracture des phalanges.

C. A la face :

Nombreuses petites plaies légères atteignant parfois les paupières et même la cornée sans produire cependant des lésions suivies de complications sérieuses.

Dans les cas graves, dont le type nous est fourni par l'observation III, nous trouvons :

A. A la main gauche :

1° Un arrachement des deux phalanges du pouce ;

2° Une section des deux dernières phalanges de l'index ou même de toutes les trois ;

3° Un broiement ou un arrachement des deux dernières phalanges du médius ;

4° Des plaies superficielles de l'annulaire et de l'auriculaire.

Ces lésions sont quelquefois encore plus sérieuses et peuvent arriver à produire un arrachement total de la

main gauche, comme on le voit dans les observations XVII et XIX ; de ce fait, il y a aussi dans ces cas des hémorragies importantes.

B. A la main droite :

1° Un arrachement de la phalange ungléale du pouce ;

2° Un arrachement ou une fracture ouverte de la dernière phalange de l'index ;

3° Le médius, l'annulaire et l'auriculaire ne présentent pas de lésions osseuses, mais simplement des plaies superficielles.

Il peut se faire même que cette main n'ait que des blessures légères, dans les observations XVII et XIX, il est assez curieux de remarquer que la main droite n'est pour ainsi dire pas atteinte, alors que la main gauche a été complètement arrachée.

Dans ces cas, il arrive fréquemment aussi qu'il y ait des plaies du côté du thorax ou des membres inférieurs.

Ce qui augmente la gravité des blessures de cette catégorie de mutilés, ce sont les plaies de la face : elles sont presque toujours compliquées de lésions oculaires sérieuses pouvant aller jusqu'à la perte d'un œil (obs. III, XVII) et même jusqu'à la cécité (obs. XIX). Généralement, il y a pénétration d'un éclat dans le globe de l'œil avec épanchement de sang dans la chambre antérieure et opacité du cristallin.

Il est à remarquer que ces cas graves sont dus plutôt à l'éclatement d'une fusée d'obus qu'au détonateur seul.

En résumé, nous avons :

1° CAS LÉGERS. — Plaies superficielles des mains.

2° CAS MOYENS — A. *Main gauche surtout atteinte avec :*

- a) Section de la phalange unguéale du pouce ;
- b) Section des deux dernières phalanges de l'index et du majeur ;
- c) Plaies légères des deux autres doigts.

B. *Main droite et face* : plaies superficielles.

3° CAS GRAVES. — A. *Main gauche très atteinte avec :*

- a) Section complète du pouce et de l'index ;
- b) Section des deux dernières phalanges du médius ;
- c) Plaies des autres doigts.

B. *Main droite* :

- a) Section de la phalange unguéale du pouce ;
- b) Quelquefois section de la phalangette de l'index et plaies des autres doigts.

C. *Face*. — Lésions oculaires sérieuses.

D. Fréquemment, plaies des membres inférieurs ou du thorax.

Dans tous ces cas, l'aspect des sections digitales est toujours le même et caractérisé surtout par :

a) L'irrégularité des plaies où on trouve souvent des esquilles osseuses, rarement une hémorragie.

b) L'éversion des tissus ;

c) L'œdème des doigts (doigts boudinés).

PRONOSTIC

L'éclatement accidentel de détonateurs produit de véritables mutilés, sauf dans les cas légers où les blessures sont assez insignifiantes pour que la question de pronostic ne se pose même pas.

Il en est autrement pour les cas moyens et graves où il y a toujours lieu de se demander ce que vont devenir ces hommes.

En effet, dans le premier cas, ils auront la main droite indemne, cela est vrai; mais à la main gauche le pouce est dépourvu de phalange unguéale, l'index et le majeur ont perdu une ou deux phalanges.

Il en résulte que la préhension, possible seulement pour les gros instruments, rend ces hommes inaptes aux petits travaux manuels.

Dans le deuxième cas, on peut dire que la main droite est sérieusement atteinte et que la main gauche est perdue : s'il n'y a pas amputation de l'avant-bras ou du poignet gauches, il y a au moins section complète du pouce et de l'index.

Par conséquent, l'opposition ayant disparu, la main aura perdu toute force et sera impropre à tous les travaux.

Il faut ajouter de plus que, dans les deux cas, des troubles névritiques peuvent apparaître et rendre le membre supérieur gauche presque inutilisable. D'autre part, les lésions oculaires peuvent quelquefois venir assombrir le pronostic.

La mutilation accidentelle par détonateur est donc une lésion grave puisqu'elle transforme en demi-infirmes les soldats qu'elle atteint.

Au point de vue militaire, il faut distinguer les trois cas :

1° Les *cas légers* seuls, et ils sont rares, seront récupérés dans le service armé ;

2° Les *cas moyens* pourront exiger soit le service auxiliaire, soit la réforme temporaire, soit la réforme n° 2 : il y a là des cas d'espèce qui seront jugés surtout d'après les lésions surajoutées, troubles névritiques, complications oculaires ;

3° Les *cas graves* entraînent de plus la réforme n° 2.

En résumé, presque tous ces blessés sont une perte sèche pour le service armé. De ce fait, nous avons perdu de nombreux combattants : pour notre division seule nous avons trouvé une quarantaine de cas et il y en a certainement qui nous ont échappé. Or, ce chiffre, pris comme moyenne, nous donne pour l'armée française, comme pertes de ce fait, plus que la valeur d'une brigade d'infanterie. A supposer que la moitié de ces hommes ait été récupérée soit dans le service armé, soit dans le service auxiliaire, il en résulte tout de même que la valeur de plus d'un régiment a complètement disparu par les accidents de détonateurs.

En conséquence, il y a là une mutilation qu'il faut éviter à tout prix.

Quand un homme se présentera au médecin avec :
1° un arrachement des dernières phalanges des trois premiers doigts de la main gauche ; 2° des lésions de la main droite ; 3° des plaies artificielles de la face, il faudra toujours penser à un accident par détonateur et se renseigner exactement de la cause de la blessure, au besoin même faire procéder à une enquête.

On ne devra jamais oublier de mentionner cette cause sur la fiche d'évacuation du blessé.

Ceci a une très grosse importance, car les mutilations de ce genre ne donnent pas droit :

1° A un certificat d'origine ;

2° A la réforme n° 1, c'est-à-dire à une réforme avec pension.

Une sanction même sera prise contre ces blessés et elle sera portée à la connaissance de la troupe pour servir d'exemple.

TRAITEMENT

L'idée dominante qui doit nous préoccuper, c'est la conservation au maximum : le moindre bout de doigt a une importance considérable pour l'avenir. Il faudra donc éviter à tout prix les amputations, les désarticulations brillantes.

Le premier jour de l'accident, on fait un nettoyage aussi complet que possible de la main atteinte, soit à l'alcool, soit à l'éther, soit à l'eau oxygénée.

On pince et on lie les artères qui donnent quelquefois, surtout dans les cas graves où la radiale et même la cubitale sont souvent touchées.

On enlève à coup de ciseaux prudents les lambeaux sphacelés et les esquilles mobiles. Puis la main blessée est mise dans un bain d'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée pendant vingt minutes environ.

Après cela, on procède à un pansement humide à l'eau oxygénée : ici, il faut avoir bien soin de séparer par des compresses chacun des doigts mutilés.

Les jours qui suivent, on donne des manuluves à l'eau bouillie avec une faible quantité d'eau oxygénée. Au cours de chaque pansement, il faut s'attacher à

déterger soigneusement les plaies contuses en étalant bien les lambeaux. De cette façon, nous n'avons jamais vu la température s'élever : elle reste généralement normale ou à peu près.

Au huitième jour, les plaies sont bien détergées et il est alors possible de pratiquer une régularisation chirurgicale.

Sous anesthésie générale, il faut alors agir différemment pour chaque doigt. Pour le pouce, il suffit bien souvent d'ébarber les bords cutanés, d'enlever aux ciseaux les tissus en excès et d'amputer la phalangette d'un coup de pince coupante; quelquefois, il faut pratiquer la désarticulation.

Pour l'index, on fait la toilette des tissus mous, puis on pratique la désarticulation de la phalangine : la plupart du temps même la phalange est fissurée à son extrémité inférieure et il faut l'amputer à la pince coupante, mais le plus économiquement possible.

Le médius est généralement conservé en grande partie et éclaté surtout sur son bord radial : en libère la phalangine jusqu'à ce qu'elle paraisse saine, on la sectionne alors d'un coup de pince et on la recouvre d'un grand lambeau, pris aux dépens du bord cubital souvent intact.

Au moment de cette régularisation, les autres plaies de la main gauche, de la main droite et de la face sont à peu près guéries et ne nécessitent pas d'intervention, sauf cependant dans les cas graves où il y a lieu de procéder pour la main droite comme pour la gauche.

Il sera bon de suturer ensuite; en drainant bien

entendu, de façon à recouvrir les moignons d'amputation. Le résultat obtenu ne sera pas toujours parfait ; les fils tiendront souvent mal, mais pour les raisons d'économie squelettique signalées plus haut, il suffira dans une intervention retardée de recouvrir les parties encore cruentées par des greffes prises par exemple à la peau du thorax (méthode italienne) en maintenant la main au contact de celui-ci pendant un temps approprié.

De cette façon, nous conserverons aux malheureux mutilés le maximum d'utilisation de la main gauche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Le B..., François, soldat de 2^e classe, ...^e régiment d'infanterie, 23^e compagnie, trente et un ans.

Entré à l'ambulance le 22 octobre 1916, à 14 heures, l'accident s'est produit le matin à 7 heures en première ligne.

Cet homme nous raconte avoir trouvé dans la tranchée un détonateur; il voulait l'adapter à une fusée de grenade. Pour mieux le fixer, il a été obligé de forcer un peu et c'est à ce moment que l'explosion se serait produite, par frottement probablement.

Il est pansé au poste de secours et évacué aussitôt sur notre ambulance avec le diagnostic :

« Plaies superficielles du pouce et de l'index droits. Arrachement de la première phalange du pouce et des deux premières phalanges de l'index et du médius gauches (accident non en service commandé) ».

Dès son entrée, injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. Ses mains sont mises dans un bain d'eau oxygénée pendant vingt minutes. L'examen pratiqué, aussitôt après, nous permet de constater :

MAIN GAUCHE :

Face dorsale, œdématisée, pas de plaie.

Face palmaire, œdématisée, noirâtre, sans trace de poudre cependant; plaie superficielle entre les extrémités inférieures des deuxième et troisième métacarpiens.



Photographie et radiographie de la main gauche du soldat Le B...

(Observation I).

Pouce, arrachement de la phalange unguéale. Les tissus sont déchiquetés et éversés, donnant à l'extrémité du doigt un aspect « tulipiforme ». Au centre de la plaie on aperçoit quelques esquilles osseuses mobiles et l'extrémité articulaire de la phalange moyenne.

Index, arrachement des deux dernières phalanges. Les tissus sont déchiquetés et divisés en lambeaux éversés. On aperçoit des esquilles osseuses dans la plaie.

Majeur, arrachement des deux dernières phalanges qui restent encore suspendues à la plaie par un mince lambeau de peau; on les excise immédiatement. Les tissus sont broyés et déchiquetés : il existe deux gros lambeaux de 2 centimètres de longueur environ, l'un sur la face dorsale, l'autre sur la face palmaire du doigt.

Rien à l'annulaire, rien à l'auriculaire.

MAIN DROITE :

Plaie superficielle sur la face dorsale du pouce.

Plaie superficielle de l'index sur la face radiale au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges.

Rien aux autres doigts.

On ne trouve aucune plaie dans les autres parties du corps (ni à la face, ni au thorax, ni aux membres inférieurs).

Le traitement par les manuluves à l'eau oxygénée et les pansements humides quotidiens est continué jusqu'au 31 octobre.

Le 23 octobre, la main gauche de Le B... est radioscopée et nous constatons :

Au pouce, une désarticulation complète de la phalange unguéale; un petit éclat de détonateur au centre de la plaie et superficiel.

A l'index, il ne reste que la surface articulaire de l'extrémité supérieure de la phalangette, il n'y a pas eu désarticulation ici, il y a section esquilleuse.

Au majeur, il reste à peine une petite partie centrale de l'extrémité supérieure de la phalange, qui paraît s'arti-

culer encore avec la phalange. On trouve encore autour de l'extrémité inférieure de la phalange trois petites esquilles osseuses et quelques petits éclats de détonateur, en grenaille.

Le reste de la main est normal. On aperçoit cependant trois petits éclats entre le deuxième et le troisième métacarpien provenant probablement de la plaie palmaire que nous avons décrite à ce niveau.

Le 31 octobre, on pratique, sous kélène, la régularisation des trois premiers doigts de la main gauche avec esquillectomie; on ne fait pas de points de suture sur les moignons.

Pansement à l'eau oxygénée qu'on ne renouvelle plus que tous les deux jours.

Le 6 novembre, il existe une légère suppuration du majeur. On nettoie la plaie et on trouve dans le foyer de suppuration un petit séquestre qu'on enlève facilement avec une pince. Pansement à l'eau alcoolisée.

Le 8 novembre, les plaies des trois doigts vont bien et on décide l'évacuation du blessé pour le lendemain.

OBSERVATION II (personnelle).

K..., Edouard, sergent-vaguemestre, ...^e régiment d'infanterie, trente ans.

Entré le 26 octobre 1916 à l'ambulance, l'accident venait de se produire dans un camp.

Ce sergent cherchait un tube pour l'adapter à un briquet de poche. Il entre dans un abri où il voit semés par terre plusieurs détonateurs qui lui convenaient pour son travail. Ne les connaissant pas, il en prend un au hasard et, avec la pointe d'une lime, commence à le vider. L'éclatement se produit aussitôt.

K..., blessé par l'explosion, est pansé à l'infirmerie du camp d'où il nous est envoyé avec le diagnostic : « Section pouce et index gauche et plaie du majeur gauche. Blessures

superficielles main droite et lèvre supérieure (accident provoqué par imprudence, explosion d'un détonateur de grenade) ».

A son entrée, il reçoit une piqûre de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. Puis on enlève le pansement et on met sa main gauche dans un bain d'eau oxygénée pendant vingt minutes.

L'examen, pratiqué aussitôt, nous permet de constater :

MAIN GAUCHE :

Paume, arrachement de la phalange unguéale. Plaie sans hémorragie ni trace de poudre. Les tissus sont éversés et divisés en lambeaux : le plus petit de ces lambeaux est excisé, car il tient à peine par un filet de peau ; le plus gros est très douloureux.

Index, arrachement des deux dernières phalanges. Au niveau de la section, éversement des tissus ; pas d'hémorragie, on n'aperçoit pas d'esquille osseuse ni de débris de projectile.

Majeur, fracture de la première phalange. Le doigt présente une déviation vers l'annulaire. Plaies longitudinales sur la face palmaire et sur la face radiale. Ces deux plaies sont réunies transversalement en leur milieu et prennent ainsi la forme d'un H.

Annulaire, plaie superficielle de la face palmaire au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

Rien à l'*auriculaire*.

La face dorsale et la paume de la main ne présentent aucune plaie et ne sont pas du tout œdématiées.

Ce sergent est arrivé à l'ambulance avec un garrot de l'avant-bras : à son entrée, le pansement était plein de sang. Le blessé raconte avoir saigné pendant tout le chemin. Actuellement, le garrot est enlevé et l'hémorragie est arrêtée.

MAIN DROITE :

Pouce, pas de plaie.

Index, petite plaie superficielle sur la face dorsale au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette.

Majeur, plaie superficielle sur la face dorsale de la phalangette, n'intéressant pas l'ongle. Petite plaie superficielle aussi sur la phalangine.

Annulaire, plaie superficielle au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette.

Auriculaire, petite plaie superficielle de la phalanginè.

Rien sur la face dorsale ni dans la paume de la main droite.

Face, ecchymose de la paupière inférieure de l'œil droit avec petite plaie superficielle.

Plaie légère de la lèvre supérieure du côté gauche.

On fait un pansement à l'eau oxygénée. Le traitement habituel est renouvelé tous les matins jusqu'au 7 novembre.

La température n'a jamais atteint 38 degrés pendant ces douze jours.

7 novembre. — Régularisation des trois doigts de la main gauche : amputation de la dernière phalange du pouce et du majeur, des deux dernières phalanges de l'index. Suture des moignons.

14 novembre. — On enlève les crins, les plaies sont en voie de guérison.

15 novembre. — Evacuation.

OBSERVATION III (personnelle).

B... Louis, canonnier servant, ...^e d'artillerie, dix-huit ans et demi.

Entré à l'ambulance le 27 octobre 1916 ; l'accident a eu lieu le même jour.

Ce canonnier voulait démonter une fusée d'obus de 77 non éclatée. L'explosion s'est produite au moment où il dévissait un tube de cuivre jaune contenant lui-même un autre petit tube de cuivre rouge. Ce blessé, d'abord pansé

à son corps, arrive à l'ambulance avec le diagnostic :
« Mutilation de la main gauche (pouce, index, médius) et de la main droite (pouce et index). Plaie pénétrante de l'œil gauche et plaies superficielles de la face par éclatement de fusée (lésions accidentelles). »

L'examen, que nous pratiquons immédiatement après l'entrée du blessé, nous permet de constater :

MAIN GAUCHE :

Paume de la main, large plaie de 3 centimètres sur 2 au niveau du deuxième métacarpien : on trouve incrusté dans cette plaie un tube de cuivre de 2 centimètres de diamètre et de 2 centimètres de hauteur ; on retire à la pince ce tube. La plaie perfore la main ; à l'orifice de sortie, sur la face dorsale de la main (moitié du troisième métacarpien), on trouve un petit éclat de cuivre rouge, qu'on extrait.

Pouce, arrachement des deux phalanges ; plaie régulière, quelques esquilles, pas d'hémorragie.

Index, la plaie que nous avons décrite sur la paume de la main se continue sur l'index. Arrachement des trois phalanges : il ne reste que l'extrémité supérieure de la phalange. Légère hémorragie en nappe ne nécessitant pas de ligature.

Majeur, broiement des deux dernières phalanges qui sont complètement fléchies sur la première.

Annulaire, auriculaire, pas de plaie.

MAIN DROITE :

Rien sur la paume, ni sur la face dorsale.

Pouce, arrachement de la dernière phalange. Eversement des tissus.

Index, plaie superficielle sur la face radiale.

Rien aux autres doigts.

Plaies superficielles sur les deux joues.

Œil droit, contusion.

Œil gauche, large plaie sur le bord interne du limbe. Hernie de l'iris. Epanchement de sang dans la chambre antérieure. L'éclat est probablement resté dans l'œil.

Bain à l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée. Pansement humide. Instillation de 1 goutte de collyre à l'atropine dans chacun des deux yeux. Pansement humide chaud sur l'œil gauche. On craint d'avoir à pratiquer l'énucléation de cet œil.

28, 29, 30 octobre. — Même traitement.

31 octobre. — L'œil droit est guéri. On continue l'atropine et les pansements humides à l'œil gauche. Il n'y a pas lieu de pratiquer l'énucléation.

7 novembre. — Régularisation des doigts des deux mains : esquillectomie, suture des moignons. Curettage de la plaie de la paume de la main, drainage.

14 novembre. — On enlève les crins. Les plaies sont en bonne voie.

L'état de l'œil gauche est stationnaire, il y a toujours un épanchement sanguin dans la chambre antérieure.

15 novembre. — Le blessé est évacué sur C...

OBSERVATION IV

L..., Gaëtan, 2^e canonnier, ...^e d'artillerie, ...^e batterie, vingt-neuf ans.

Entre à l'ambulance dans l'après-midi du 16 septembre 1916, blessé vers 13 heures.

Lorsque l'accident a eu lieu, L... était seul dans un abri. Il nous a été impossible de lui faire raconter comment l'explosion s'est produite.

Il a reçu le premier pansement à l'infirmierie du camp où il se trouvait. Il entre à l'ambulance avec le diagnostic :

« Arrachement des deux premières phalanges des quatre premiers doigts.

« Plaie du sternum non pénétrante.

« Plaie de la paupière gauche.

« Excoriations à la main droite (accident). »

A son arrivée, le blessé reçoit 20 centimètres cubes de sérum antitétanique; on enlève le pansement et on met la

main gauche dans un bain d'eau oxygénée pendant vingt minutes. Puis on fait un pansement humide.

Bain à l'eau oxygénée et pansement humide tous les matins jusqu'au 29 septembre.

Ce jour, régularisation des trois premiers doigts de la main gauche. L'amputation des deux phalanges de l'annulaire était due à un autre accident s'étant produit avant la guerre.

Les autres plaies de la face du thorax et de la main droite étaient superficielles et sont guéries.

Le 24 octobre, nous examinons la main gauche de L... Le pouce a subi l'amputation de la première phalange. Il est gros, œdématié; le moignon présente deux bourgeonnements latéraux et au centre un foyer de suppuration. En introduisant une sonde au niveau de ce point, on sent un séquestre, on touche au nitrate d'argent.

L'index est amputé des deux premières phalanges; la cicatrice du moignon est irrégulière avec un bourgeonnement au centre et un point de suppuration sur la face palmaire, on ne sent pas de séquestre. On touche au nitrate d'argent. Le majeur est aussi amputé des deux premières phalanges. Cicatrisation irrégulière, bourgeonnante.

25 octobre. — En introduisant la sonde dans le foyer de suppuration du pouce, on trouve un séquestre à une profondeur d'environ 1 centimètre et demi.

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Esquillectomie : on retire à la gouge trois petites esquilles charnues de la grosseur d'une petite lentille.

Exploration à la gouge de l'index et du médus; on ne retire pas d'esquille.

Pansement à l'eau oxygénée.

27 octobre. — Les plaies vont bien, on fait un pansement à l'alcool.

3 novembre. — Les plaies ont bon aspect, la suppuration a cessé.

4 novembre. — Evacuation du blessé sur C...

OBSERVATION V (personnelle).

B... Jules, ...^e régiment d'infanterie, soldat de 2^e classe, trente-six ans.

Entré à l'ambulance le 23 septembre 1916; accident survenu dans la même journée.

Cet homme se trouvait au repos dans un camp. Il voulait vider un détonateur pour en faire un cache-pointe de crayon. Il donna d'abord quelques coups de lime sur le tube pour enlever le vert-de-gris. Puis avec la pointe de cet instrument, il s'apprêtait à enlever le contenu lorsque l'éclatement se produisit. Des brancardiers qui se trouvaient à proximité le conduisirent immédiatement à l'infirmerie où il reçut un premier pansement. Il est envoyé à l'ambulance avec le diagnostic : « Plaies main gauche : perte de deux phalanges du pouce et de l'index. Plaie du médius. Plaie superficielle juxta-maxillaire droite. Petites plaies contuses main droite et face. »

A son entrée, on lui fait une piqûre de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique.

On lui donne ensuite un bain d'eau oxygénée pendant vingt minutes. On lui fait un pansement humide.

Ce traitement est continué tous les jours jusqu'au 29 septembre.

Ce jour, les plaies de la main droite et de la face sont guéries.

On pratique la régularisation des trois premiers doigts de la main gauche.

Le 30 septembre, deuxième injection de sérum antitétanique, 10 centimètres cubes.

Le 1^{er} octobre, on fait un pansement à l'alcool, qui est refait tous les deux jours, jusqu'à l'évacuation du blessé.

Le 3 octobre, nous examinons la main gauche de B... Elle est oedématiée, les trois premiers doigts mutilés sont doublés de volume, boudinés. Les moignons sont irréguliers et bossués. Au pouce, on a pratiqué l'opération de la

première phalange; quatre points de suture. L'index et le majeur sont amputés des deux premières phalanges; quatre points de suture aussi. Les plaies ont bon aspect.

7 octobre. — On enlève les crins et on fait un pansement à l'alcool.

24 octobre. — Il est resté un petit éclat à fleur de peau dans la paume de la main gauche, entre le deuxième et le troisième métacarpien; il s'est produit une légère suppuration: incision, débridement.

25 octobre. — Le blessé est évacué sur C..., les plaies vont bien.

OBSERVATION VI (personnelle).

M... André, ...^e régiment territorial, 5^e compagnie, soldat de 2^e classe, trente-sept ans.

Entré à l'ambulance le 23 septembre à 16 heures, accident survenu à 13 heures. Ce soldat voulait vider un détonateur; pour cela, il avait pris un bout de fil téléphonique avec lequel il grattait le contenu du tube. Ce dernier était presque vide lorsque l'éclatement se produisit. Tout d'abord pansé au poste de secours, le blessé est envoyé ensuite à l'ambulance avec le diagnostic: « Arrachement du pouce, de l'index et du médus de la main gauche et plaies de la main droite par éclatement de détonateur. »

Dès son entrée, il reçoit une piqûre de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique.

On donne un bain d'eau oxygénée de vingt minutes à sa main gauche et on fait un pansement humide.

On continue les bains à l'eau oxygénée et les pansements humides tous les matins jusqu'au 29 septembre.

Ce jour, on pratique la régularisation des trois premiers doigts de la main gauche. Les plaies de la main droite étaient superficielles et sont complètement guéries.

3 octobre. — Deuxième injection de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes.

7 octobre. — On enlève les points de suture, trois au pouce, quatre à l'index et au médius.

Pansement à l'alcool.

Le 20 octobre, nous pratiquons l'examen de ce blessé. Nous trouvons au pouce une amputation de la première phalange. Il a un aspect boudiné, bossué et est œdématié. La plaie cicatricielle a bon aspect.

L'index est amputé des deux premières phalanges; le doigt a encore gardé un aspect boudiné, malgré la cicatrisation complète du moignon.

Le médius est aussi amputé des deux premières phalanges; la plaie à bon aspect. Sur la face dorsale il y a un point de suppuration, mais on ne trouve pas de séquestre. On touche au nitrate d'argent.

On fait un pansement à l'alcool sur ces trois doigts. L'annulaire et l'auriculaire n'ont pas de lésion, ni la main elle-même non plus.

24 octobre. — Les blessures vont très bien.

25 octobre. — Le blessé est évacué sur l'H. O. E.

OBSERVATION VII

H..., Joseph, ...^e régiment territorial, 7^e compagnie, soldat de 2^e classe, trente-neuf ans.

Entré à l'ambulance le 13 septembre 1916 dans la matinée; accident survenu à 7 heures du matin.

En allant au travail, il aperçut sur le remblai de la tranchée un petit tube de cuivre. Il le mit dans sa poche et continua sa route. Il arriva au chantier le premier; en attendant son camarade de travail, il se mit à vider le tube qu'il venait de trouver. Il donna d'abord un coup de lime à l'extérieur pour le nettoyer. Puis, le saisissant de sa main gauche, il commença de sa main droite à gratter le contenu avec la pointe d'une épingle anglaise. L'éclatement se produisit comme le tube était à moitié vidé.

Il ressentit une violente douleur à sa main, courut vers

le poste de secours. Il y reçut un premier pansement et, de là, fut dirigé sur notre ambulance, avec le diagnostic : « Arrachement de la phalangette du pouce, phalange et phalangette de l'index et du majeur de la main gauche. Plaies profondes du pouce et de l'index droits. Plaie légère de la face (blessure par imprudence). »

Dès son arrivée à l'ambulance, il reçoit une piqûre de sérum antitétanique de 20 centimètres cubes. On lui donne un bain d'eau oxygénée de vingt minutes. On fait un pansement humide à ses deux mains.

Ce traitement est continué tous les matins jusqu'au 29 septembre.

Ce jour, on procède à la régularisation des trois premiers doigts de la main gauche.

20 septembre. — Deuxième injection de sérum antitétanique.

Le 22 octobre, nous pratiquons l'examen de ce blessé.

Les blessures de la face et de la main droite sont complètement guéries. A la main gauche, la paume, la face dorsale, l'annulaire et l'auriculaire sont intacts.

Le pouce a été amputé de la première phalange. La cicatrice du moignon présente un bourgeonnement charnu à chaque extrémité : il y a même une légère suppuration, mais pas de séquestre ; on touche au nitrate d'argent.

L'index a subi l'amputation au niveau de la moitié de la phalange. On retrouve les traces de trois points de suture. La plaie a bon aspect.

Le majeur est amputé des deux premières phalanges : légère suppuration sur la face dorsale du moignon, pas d'esquilles. On touche au nitrate d'argent.

On fait un pansement à l'alcool sur ces trois doigts.

24 octobre. — Les plaies vont bien. On décide l'évacuation du blessé pour le lendemain.

OBSERVATION VIII (personnelle).

T..., Clément, soldat de 2^e classe, ...^e régiment d'infanterie, 13^e compagnie, vingt-trois ans.

Entré le 18 novembre à l'ambulance. L'accident s'est produit le même jour, en première ligne. Ce soldat avait trouvé un détonateur et avait essayé de le vider avec une épingle. Le blessé arrive avec la fiche : « Amputation des trois premiers doigts de la main gauche, moins la dernière phalange. Plaie main droite, par détonation de grenade (accident). »

Examiné dès son entrée, nous constatons.

MAIN GAUCHE :

Oedème de toute la main, avec plaie légère de la paume, rien sur la face dorsale.

Pouce, amputation de la dernière phalange avec éversement des tissus. Esquilles dans la plaie, pas d'hémorragie.

Index, arrachement de la dernière phalange, broiement de la phalangine, dont on aperçoit plusieurs esquilles dans la plaie. Les tissus sont déchiquetés et éversés. Les lambeaux retombent sur la première phalange.

Médius, broiement des deux dernières phalanges ; les tissus et les os sont déchiquetés, mais restent adhérents à la première phalange.

Annulaire et auriculaire, pas de plaie.

Les plaies des trois doigts ne présentent pas d'hémorragie.

MAIN DROITE :

Rien à signaler, sauf au pouce, où la moitié de l'ongle est arraché, mais la plaie n'est pas pénétrante ; il n'y a pas de fracture de la phalange.

Plaies superficielles de la face.

Traitement habituel par les bains et les pansements à l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée.

25 novembre. — Régularisation des trois premiers doigts

de la main gauche. Amputation de la dernière phalange du pouce et des deux dernières de l'index et du médius, suture des moignons.

2 décembre. — On enlève les crins, les plaies vont bien. Les plaies de la face et du pouce droit sont guéries. Le blessé est évacué.

OBSERVATION IX (personnelle).

B..., Raymond, soldat de 2^e classe, ...^e régiment d'infanterie, quarante ans.

Entré à l'ambulance le 28 novembre.

Cet homme, ayant trouvé un détonateur sur le terrain d'exercice, le ramasse et le projette sur un bloc de craie. L'éclatement se produit aussitôt.

L'accident a eu lieu à proximité de l'ambulance; le blessé nous est conduit directement. L'examen nous permet de constater :

MAIN GAUCHE :

Œdème de toute la main, plaie superficielle au niveau de l'éminence thénar.

Pouce, plaie de l'extrémité du doigt avec section de l'ongle; mais il ne paraît pas y avoir de fracture de la phalange.

Index, large plaie de la face dorsale des deux dernières phalanges avec fracture des deux os et éversement latéral des tissus.

Flexion des deux phalanges sur la première. Pas d'hémorragie.

Majeur, plaie légère sur la dernière phalange.

Rien aux autres doigts.

MAIN DROITE :

Plaies superficielles du pouce (première phalange) et de l'index (sur les trois phalanges).

Gros œdème de ce doigt.

Plaies superficielles de la face.

Plaie pénétrante de l'œil gauche, l'éclat est resté.

Traitement habituel : pansement à l'eau oxygénée. Atropine dans l'œil gauche et pansement humide, 20 centimètres cubes de sérum antitétanique.

29 novembre. — On constate une opacité complète du cristallin et, pour cette raison, le blessé est évacué le jour même sur un centre d'ophtalmologie.

OBSERVATION X

P..., Albert, ...^e génie, vingt-huit ans.

Plaies des doigts et de la main gauche par explosion d'une amorce fulminante qu'il manipulait.

Entré à l'ambulance le 7 juillet 1915.

Evacué sur C... le 13 juillet 1915.

OBSERVATION XI

R..., Maurice, ...^e régiment d'infanterie, vingt-quatre ans.

Plaies de la main gauche avec arrachement du pouce et de l'index. Plaies du pouce droit (en dévissant une fusée).

Entré à l'ambulance le 8 juillet 1915.

Evacué sur C... le 13 juillet 1915.

OBSERVATION XII

M..., Arthur, ...^e artillerie lourde, ...^e batterie, trente et un ans.

Plaies de la main gauche, arrachement du pouce, de l'index et du majeur. Plaies de la joue gauche et plaies superficielles de la main droite (éclatement de grenade, accident).

Entré à l'ambulance le 26 juillet 1915.

Régularisation des plaies le 26 juillet 1915.

Evacué sur C... le 27 juillet 1915.

OBSERVATION XIII

K..., Jean, ...^e régiment d'infanterie, vingt-neuf ans.
Arrachement du pouce, de l'index et du médius gauches
par détonateur fulminant (accident).
Entré à l'ambulance le 13 juillet 1915.
Evacué sur C... le 19 juillet 1915.

OBSERVATION XIV

J..., Octave, ...^e artillerie lourde, ...^e batterie de 58,
vingt-cinq ans.
MAIN GAUCHE :
Plaie palmaire et section du pouce, de l'index et du
médius.
MAIN DROITE :
Plaies superficielles des doigts.
Plaies multiples et superficielles des bras, du thorax et
de la face.
Accident survenu en ramassant une grenade à fusil alle-
mande.
Entré à l'ambulance le 19 août 1915.
Amputation des phalanges des trois premiers doigts de
la main gauche le 19 août.
Evacué sur l'ambulance 9/11 le 23 août.

OBSERVATION XV

F..., Gustave, ...^e régiment d'infanterie, trente-huit ans.
Plaies de l'œil droit.
Plaies multiples de la face.
Plaies superficielles du thorax.
Section du pouce droit.
Plaies superficielles de l'index droit.
Section des dernières phalanges du pouce, de l'index et
du médius gauches.

Accident survenu en voulant dévisser une grenade à fusil allemande.

Entré à l'ambulance le 20 août 1915.

Amputation de la première phalange du pouce droit.
Amputation des phalanges du pouce, de l'index et du médius gauches.

Evacué sur l'ambulance 9/11 le 23 août 1915.

OBSERVATION XVI

V. ., Eugène, ...^e régiment d'infanterie territoriale, trente-six ans.

MAIN GAUCHE :

Section dernière phalange des trois premiers doigts.

MAIN DROITE :

Section dernière phalange des deux premiers doigts.

Face, plaies superficielles.

Accident dû à la manipulation d'un détonateur, au cantonnement.

Entré le 13 octobre 1915.

Régularisation des plaies le 14 octobre.

OBSERVATION XVII

L..., Louis, ...^e régiment d'infanterie, trente ans.

Plaies multiples par éclats de fusée d'obus (accident involontaire).

Plaies multiples superficielles de la face. Perte de l'œil droit.

Arrachement de la main gauche.

Plaies superficielles des quatre premiers doigts de la main droite.

Plaie de la partie postérieure de la cuisse droite et plaie de la jambe droite.

Entré à l'ambulance le 30 octobre 1915.

Ce même jour, amputation de l'avant-bras gauche.

Evacué sur M... le 3 novembre.

OBSERVATION XVIII

K..., Joseph, ...^e régiment d'infanterie, trente ans.

Pouce de la main gauche emporté et phalange de l'index droit.

Section par éclats de fusée d'obus (accident).

Entré à l'ambulance le 6 novembre 1915.

Evacué sur M. . le 11 novembre.

OBSERVATION XIX

H..., Charles, brigadier, ...^e d'artillerie, trente ans.

Plaies multiples par éclats de fusée qu'il voulait dévisser.

Cécité probable.

Amputation avant-bras gauche.

Arthrotomie genou droit.

Entré à l'ambulance le 22 novembre 1915.

Décédé le 30 novembre 1915.

OBSERVATION XX

B..., Gaston, ...^e dragons, vingt-huit ans.

Plaies contuses de la main gauche par détonateur de grenade, plusieurs petits éclats (accident).

Entré à l'ambulance le 11 décembre 1915.

Envoyé à M. . le 16 décembre 1915.

OBSERVATION XXI

M..., Eugène, ...^e régiment d'infanterie territoriale, quarante-deux ans.

Blessures multiples des doigts de la main droite et face antérieure du genou droit par détonateur (accident).

Entré le 18 mars 1916.

Parti le 22 mars en permission de sept jours pour ensuite rejoindre son corps.

OBSERVATION XXII

J..., Joseph, ...^e régiment d'infanterie, trente-six ans.

Plaies des doigts de la main gauche par éclats de détonateur :

1^o Section de la phalange du pouce;

2^o Section de la phalange du médius et de l'index;

3^o Plaies légères de l'annulaire et de l'auriculaire.

Epanchement sous-conjonctival droit.

Accident survenu le 18 avril 1916.

Entré à l'ambulance ce même jour.

Evacué sur H. O. E. le 5 mai.

OBSERVATION XXIII

M..., Yves, ...^e régiment d'infanterie, vingt-deux ans.

Plaie du médius gauche, bout du doigt emporté en dévisant une fusée d'obus.

Entré à l'ambulance le 17 mai 1916.

Evacué le 26 mai.

OBSERVATION XXIV

C..., François, ...^e d'artillerie, trente ans.

Amputation des deux premiers doigts de la main gauche.

Plaies multiples.

Plaie de la cornée gauche.

Fusée de bombe de 58.

Entré le 9 juillet 1916.

Evacué le 9 août.

OBSERVATION XXV

G..., Jean-François, ...^e d'infanterie, trente-huit ans.

Plaie contuse du genou gauche. Amputation des phalanges des trois premiers doigts de la main gauche par éclats de grenade.

Entré à l'ambulance le 3 septembre 1916.

4 septembre. — Débridement du genou, résection du trajet et suture. Régularisation des doigts et sutures.

OBSERVATION XXVI

D..., Armand, soldat ...^e colonial.

Section extrémité pouce, médius et annulaire main droite. Plaies multiples des deux mains (accident par détonateur).

Evacué à l'ambulance le 11 septembre 1915.

Evacué sur C... le 20 septembre.

Les observations précédentes sont inscrites comme provenant nettement d'accidents par détonateurs. Celles qui vont suivre sont probablement dues aussi à la même cause d'après les lésions que nous trouvons, mais aucune indication ne nous permet de l'affirmer : c'est pour cela que nous avons demandé (chapitre Pronostic) qu'il soit toujours mentionné sur la fiche d'évacuation de ces blessés la note : « Accident par détonateur. »

OBSERVATION XXVII

H..., Eugène, lieutenant, ...^e régiment d'infanterie, trente-six ans.

Plaies multiples de la face. Plaie index droit.

Plaies main gauche avec section du pouce, de l'index et de l'annulaire par éclats de bombe.

Entré à l'ambulance le 17 mars 1915.

Régularisation des plaies et points de suture le 18 mars.

Evacué le 21 mars.

OBSERVATION XXVIII

S..., Yves, soldat de 2^e classe, ...^e régiment d'infanterie, trente-trois ans.

Plaies des deux mains. Section de trois doigts de la main gauche, pouce, médius et annulaire, par éclats de bombe.

Entré le 17 mars 1915.

Régularisation des plaies le 18 mars. Évacué le 19 mars.

OBSERVATION XXIX

M..., Jean-Marie, adjudant, ...^e régiment d'infanterie, vingt-cinq ans.

Plaie de la main droite avec arrachement des phalanges du pouce et de l'index. Plaies multiples superficielles de la face.

Eclatement d'une fusée.

Entre le 25 janvier 1915.

Évacué le 26 janvier par la gare de S...

OBSERVATION XXX

B..., Mathieu, ...^e régiment d'infanterie, trente et un ans.

Plaies superficielles de la face et de la main droite.

Arrachement de la phalangette du pouce gauche, écrasement de l'index.

Arrachement de la phalangette et de la phalangine du médius par bombe.

Accident survenu au Bois-Sabot, le 4 mai 1915. Entré à l'ambulance ce même jour.

Évacué le 5 mai.

OBSERVATION XXXI

G..., Pierre, aide maréchal, ...^e artillerie, section de parc, trente-six ans.

Section du pouce, de l'index de la main droite et plaies superficielles de la main gauche.

Entré à l'ambulance le 13 mai 1915.

Evacué sur C .. le lendemain.

OBSERVATION XXXII

P..., Louis, canonnier, ...^e artillerie, groupe de parc, trente-quatre ans.

Broiement de l'extrémité du pouce et de l'index droits (grenade).

Entré le 6 juin 1915.

Evacué sur H. O. E. le 8.

OBSERVATION XXXIII

T..., William, maréchal des logis, ...^e artillerie, G. P. A., trente-neuf ans.

Plaies multiples, face et main gauche (grenade).

Entré à l'ambulance 6 juin 1915.

Part en permission, guéri, le 16 juin.

OBSERVATION XXXIV

L..., Auguste, caporal, ...^e régiment d'infanterie, trente ans.

Plaies de la main droite avec ablation des premières phalanges du pouce, de l'index et du médus.

Plaies superficielles des doigts de la main gauche.

Plaies multiples du thorax par éclats de bombe.

Entré le 6 juillet 1915.

Le 7 juillet, régularisation des plaies de la main droite. Pansement à l'eau oxygénée.

Evacué le 8 juillet.

OBSERVATION XXXV

D..., Eugène, ...^e régiment d'infanterie, vingt-sept ans.
Ecrasement de la phalange du médius gauche avec
plaie déchiquetée.

Plaies contuses des phalanges de l'annulaire et de
l'auriculaire gauches.

Accident survenu au cantonnement à ... Entré à l'ambu-
lance le 9 juillet 1915.

Evacué gare de S..., le 13 juillet.

OBSERVATION XXXVI

A..., Paul, ...^e régiment d'infanterie, trente ans.

Plaies superficielles des phalanges du pouce, index,
médius, auriculaire de la main droite.

MAIN GAUCHE :

Ablation de l'extrémité inférieure de la phalange du
pouce. Plaie superficielle de l'index.

Ecrasement de la phalange et de la phalange du
médius. Fracture des deux dernières phalanges de l'annu-
laire.

Entré à l'ambulance le 6 août 1915.

Régularisation le 7.

Evacué le 8.

OBSERVATION XXXVII

T..., Albert, sapeur ...^e génie, vingt-deux ans.

Entré à l'ambulance le 19 novembre 1915.

Plaies multiples de toute la partie gauche de la face, des
membres supérieurs et des deux jambes provoquées par
l'éclatement d'une fusée.

Evacué sur l'H. O. E. le 20 novembre.

OBSERVATION XXXVIII

M..., Louis, ...^e hussards, vingt-deux ans.

MAIN GAUCHE :

Pouce, ablation de la phalangine ; index et médius ablation de la phalangine et de la phalangette.

MAIN DROITE :

Plaie profonde du pouce.

VISAGE ET POITRINE :

Plaies multiples et superficielles.

Accident survenu le 29 mars 1916.

30 mars, ablation des phalanges et phalangettes des deuxième et troisième doigts ; ablation de la phalangette du pouce.

Evacué sur H. O. E. le 16 avril.

OBSERVATION XXXIX

S..., Pierre, ...^e régiment d'infanterie, vingt-trois ans.

Amputation des dernières phalanges du pouce, de l'index et du médius gauches

Plaies des deux mains, de la face et de la cuisse gauche.

Probablement par éclats de grenade.

Entré à l'ambulance le 3 septembre 1916.

Régularisation des plaies de la main gauche le 10 septembre.

Evacuation le 18 septembre 1916.

CONCLUSIONS

Il résulte de ce que nous venons de voir que :

I. — Les mutilations par éclatement accidentel de détonateurs sont généralement caractérisées par la section des dernières phalanges des trois premiers doigts de la main gauche, avec des plaies superficielles de la main droite et de la face.

II. — Elles sont très fréquentes : en deux mois il nous a été donné d'en constater neuf cas.

III. — Elles sont graves, puisqu'elles transforment en demi-infirmes les soldats atteints.

IV. — Elles sont à dépister pour en faire la prophylaxie par des conférences et des sanctions.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BÉRARD

Vu :

POUR LE DOYEN,

Le Professeur délégué :

Aug. POLLOSSON

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 mars 1917.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

L. JOSSERAND.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	11
Introduction	13
Description des lésions	15
Pronostic	22
Traitement	25
Observation.	28
Conclusion	53

